Załącznik nr 8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Waga dla pacjentów na wózkach inwalidzkich – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Waga nowa, nieużywana, wyklucza się wagę demonstracyjną. | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna, wielofunkcyjna waga. dla pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
|  | Rampa podjazdowa do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz LCD do odczytywania wyników oraz wyposażony w klawisze funkcyjne do obsługi. | TAK, podać |  |
|  | Klasa dokładności minimum III. | TAK, podać |  |
|  | Nośność min.:300 kg Podziałka(g) minimum: 100g | >300 kg – 5pkt  300kg - 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie: bateryjne lub sieciowe (zasilacz w zestawie). | TAK, podać |  |
|  | Wymiary (Szer x Wys x Dł): 900 x 70 x 1064mm (±100 mm) | TAK, podać |  |
|  | Funkcje: resetowanie, rolki transportowe (kółka transportowe min. 2), TARA, HOLD, BMI. | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie sterujące. | TAK, podać |  |
|  | Waga z legalizacją. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** | | | |
|  | Obsługa przedmiotu zamówienia i komunikaty w języku polskim /jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy wyrobu medycznego/:  a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze. /dotyczy wyrobu medycznego/  b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – niespełnienie nawet jednego  
z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy